

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Terveydenhoitaja (AMK)

Kevät 2017

Mujde Osman

LAPSEN KIINNIPITÄMINEN SOMAATTISESSA HOIDOSSA

Mujde Osman

LAPSEN KIINNIPITÄMINEN SOMAATTISESSA HOIDOSSA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa lapsen kiinnipitämisestä somaattisessa hoidossa. Somaattinen hoito tarkoittaa ruumiillisen sairauden tai vamman hoitamista ammattilaisten toimesta (Toivanen 2011, 11). Tavoitteena oli, että hoitoalan työntekijät ja opiskelijat voisivat hyödyntää opinnäytetyöstä saatavaa informaatiota. Menetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, johon valikoitui 16 tutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan lapsen tai nuoren kiinnipittäminen riippuu hänen iästään, kehityksestä, peloista, tilanteesta tai ympäristöstä. Kiinnipittämistä tapahtuu perushoidon, lääkinnän, pistämistilanteiden, kuvantamistutkimusten ja muiden toimenpiteiden sekä intymiteettisuojaajan rikkoutumisen aikana. Kiinnipittämisprosessissa tunnistetaan mahdollinen kiinnipittämistilanne, käytetään ehkäiseviä menetelmiä, tunnistetaan eri rajaamismuotoja ja toteutetaan kiinnipittäminen sekä rajaamisen jälkeiset toimet. Kiinnipittäjän täytyy käyttää sitä enemmän voimaa mitä vanhempi kiinnipidettävä on. Kiinnipittämistilanne voi vaatia useamman hoitotyöntekijän. Vanhempien informointi ja ohjaus kiinnipittämistilanteissa sekä kiinnipittämisen tarpeellisuuden perustelevaaminen ovat erittäin tärkeitä. Kiinnipittäminen täytyy suorittaa mahdollisimman nopeasti sekä turvallisilla ja luotettavilla otteilla. Jälkipuinti ja kirjaaminen eivät toteudu Suomessa kaikissa kiinnipittämistilanteissa.

Tuloksiksi saatiin, että kiinnipittäminen voi aiheuttaa lapselle tai nuorelle suurta stressiä. Hoitajalle kiinnipittäminen on fyysisesti ja emotionaalisesti uuvuttavaa. Vanhemmille kiinnipittämistilanteet ovat haastavia, sillä heille voi tulla avuton olo tai he voivat ajatella, etteivät kiinnipittäjät tehneet parhaansa kiinnipittämisen estämiseksi.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että pediatriassa hoidossa kiinnipittäminen on väistämättöntä ja tarpeellista. Tosin kiinnipittämisessä tulee käyttää ehkäiseviä menetelmiä, sillä kiinnipittämisellä voi olla negatiivisia seurauksia lapsiin tai nuoriin, heidän vanhempiin ja kiinnipittämistä suorittaviin hoitajiin.

ASIASANAT:

Kiinnipittäminen, Lapsi, Nuori, Somaattinen hoito, Sairaalahoito, Pediatriinen hoito.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Registered public health nurse (AMK)

Spring 2017 | 34+3

Instructor PhD, MNSC Maika Kummel

Mujde Osman

PHYSICAL HOLDING OF CHILDREN DURING SOMATIC CARE

The purpose of this thesis was to gather information about physical holding of children in somatic care. Somatic care means that physical condition or injury is taken care of by professionals (Toivanen 2011, 11). The aim of this thesis was that nursing staff and students could benefit from thesis' information. Method was literature review and 16 studies were selected.

According to the results of the literature review children's and adolescents' physical holding depends on their age, cognitive development, fears, situation or environment. Physical holding occurs during basic care, medical treatment, needle-related medical procedures, imaging examination, other procedures and violation of intimacy. In the process of physical holding possible holding situation is identified, preventive methods are used, different physical limitations are identified, physical holding is carried out and post-holding procedures are also carried out. The one who is carrying out physical holding must use more power the older the child is. Holding situation can require more than one person. Parents must be guided during the holding of their children and necessity of holding must be explained. Physical holding must be carried out as fast as possible and with safe and steady hold. Post-holding conversation and documenting are not carried out after every holding situation in Finland.

As a result physical holding may cause a lot of stress to child or adolescent. Physical holding is physically and emotionally exhausting to nurse. For parents holding situations are difficult because they are feeling helpless or they think that the staff of the hospital didn't do their best to avoid the need of physical holding.

On the grounds of findings we can come to conclusion that physical holding is unavoidable and necessary in pediatrics. On the other hand physical holding must be prevented, because it can have negative consequences to children or adolescent, their parents and the staff who is carrying out holding.

KEYWORDS:

Physical holding, Immobilization, Child, Adolescent, Somatic care, Health care, Pediatric care.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 LAPSEN HOITOTYÖSSÄ HUOMIOON OTETTAVAT TEKIJÄT	7
2.1 Lapsen kehitys	7
2.2 Lapsen pelko	9
2.3 Lapsen kipu	11
3 LAPSEN KIINNIPITÄMINEN	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	16
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
6 TULOKSET	19
6.1 Kiinnipitämisen tarve	19
6.2 Kiinnipitämisen kulku	22
6.3 Kiinnipitämisen hyödyt ja haitat	24
7 POHDINTA	26
7.1 Eettisyys	26
7.2 Luotettavuus	26
7.3 Tulosten tarkastelua	27
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
LÄHTEET	32
LIITTEET	35
Taulukko 1: Lapsen kehitys	
Taulukko 2: Lapsen pelko	

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa lapsen kiinnipitamisestä somaattisessa hoidossa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Lastenklinalta saatu aihe lapsen kiinnipittäminen sairaalassa on erityisen tärkeä, koska tästä ei ole tehty monia tutkimuksia Suomessa. Lapsen rajoittamista on tutkittu psykiatrisesta näkökulmasta, mutta Lastenklinal ja muut tahot tarvitsevat enemmän näyttöön perustuvaa tietoa kiinnipittämisestä somaattisessa hoidossa. Lastenklinikan henkilökunta on tehnyt ohjeistuksen kiinnipittämisestä omalle toimialueelleen. Se perustuu pääasiassa heidän kokemuksiinsa, sillä tutkittua tietoa aiheesta on vähän.

Sairaudet jaotellaan somaattisiin, psyykkisiin tai psykosomaattisiin sairauksiin. Somaattinen sairaus tarkoittaa fyysistä eli ruumiillista tai elimellistä sairautta. Somaattinen hoito tarkoittaa, että hoidetaan ruumiillista sairautta tai vammaa ammattilaisten toimesta. Somaattisessa hoidossa ei puututa niinkään mielenterveydellisiin sairauksiin tai päihteiden käyttöön. (Toivanen 2011, 11.)

Lastenklinikan asiakkaina ovat alle 16-vuotiaat, joten tämä opinnäytetyö käsittelee 0–16-vuotiaita lapsia ja nuoria. Lastenklinikan vastuualueet ovat: Lasten ja nuorten sairaanhoito (johon kuuluu tehohoito), Vastasyntyneiden sairaanhoito, Lasten ja nuorten veri- ja syöpäsairauksien hoito, Lasten ja nuorten kirurgia, Lastenneurologia sekä Harvinaissairauksien yksikkö. Ainoassa toimivassa teho-osastossa Varsinais-Suomen alueella hoidetaan esimerkiksi vaativia kirurgisia trauma- ja leikkauspotilaita, vaikeita infektioita ja kouristuspotilaita (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014). Lastenklinalassa on panostettu erityisesti siihen, että vanhemmat voivat olla mahdollisimman paljon mukana lapsen tai nuoren hoidossa ja tukea antamassa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015.)

Fyysistä kiinnipitämistä toteutetaan lasten sairaalahoitoon liittyen erityisen paljon. Sille voi olla tarvetta terveystarkastuksessa tai hoitotoimenpiteessä ja tutkimuksissa, esimerkiksi korvaan katsoessa tulehdusta epäiltäessä, rokottaessa, verinäytteen otossa, kanyylin ja nenämahaletkun laitossa tai röntgenkuvaa ottaessa. Myös kanyylin laiton jälkeen jotkut lapset saattavat tarvita kiinnipitämistä, jotta he eivät irrotaisi kanyyliä. (Bray ym. 2010, 4.)

Hoitotyössä ratkaistaan jatkuvasti erilaisia eettisiä kysymyksiä, jotka yleensä syntyvät kahden arvon ollessa ristiriidassa. Eettisiin ongelmiin ei usein ole vain yhtä oikeaa ratkaisua, mutta ratkaisulla saattaa olla joskus kauaskantoisia ja vakavia seurauksia. Eettiset ongelmat eivät välttämättä ole työntekijän ja hoidettavan välisiä, vaan joskus työntekijöiden tai työntekijän ja terveydenhuoltojärjestelmien tai -säädösten välisiä. Ammatitieteen antaa suunnan toiminnalle, mutta jokaisen päätettävissä on, miten eettisesti suhtautuu työhönsä ja potilaisiinsa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 15-58.)

Lapsen kiinnipittäminen on aina eettinen kysymys ja siinä tulee miettiä, onko toimenpide välttämätön ja saisi toimenpiteen suoritettua onnistuneesti muulla tavalla, esimerkiksi huomion kiinnittämällä muualle (Bray ym, 2010, 5). Kiinnipittämisen täytyy olla viimeinen vaihtoehto, kun on kokeiltu kaikkia muita mahdollisuuksia. Kiinnipittämisen pitää olla mahdollisimman hellävaraista ja kestää mahdollisimman lyhyen ajan. Kiinnipittämisessä tulee punnita haitat ja hyödyt, niin kuin kaikissa muissakin hoitotoimenpiteissä. Kiinnipittämisen haitat ovat lapsen tai kiinnipittäjän loukkaantuminen fyysisesti tai henkisesti, lapsen traumatisoituminen, ja luottamuksen rikkoutuminen lapsen ja kiinnipittäjän välillä. Hyötynä on toimenpiteen suorittaminen turvallisesti. Aihe on haastava, sillä lainsäädäntö ottaa kantaa kiinnipitoon ja pakkohoitoon vain psykiatrisessa hoidossa. (Jeffery 2010, 25.)

Hoitotyöntekijät ovat epävarmoja siitä, onko lapsen kiinnipittäminen eettistä ja moraalista. Tosin moraalit määräytyy yksilön kulttuurin, kokemusten ja uskomusten mukaan (Jeffery 2010, 25). Lapsen kiinnipittämistä toteuttaessa tulee mietittyä ennemmin fyysistä turvallisuutta, eikä niinkään huomioida lapselle aiheutuvia henkisiä seuraamuksia. Kiinnipittämistä harkittaessa on otettava huomioon potilaan ikä, kognitiivisuus (eli tiedollinen pätevyys) ja itsemääräämisoikeus. (Bray ym. 2010, 6.)

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista (laki potilaan oikeuksista [785/1992]). Jos alaikäinen kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen holhoojansa kanssa. Tämä laki ei päde, jos nuori tai lapsen vanhemmat vastustavat välttämätöntä hoitotoimenpidettä. (Suomen Lääkäriliitto 2013, 102–103.)

2 LAPSEN HOITOTYÖSSÄ HUOMIOON OTETTAVAT TEKIJÄT

Lapsen ja nuoren hoitotyössä on paljon haasteita ja eroavaisuuksia verrattuna aikuisen hoitoon. Lasta hoitaessa on otettava huomioon lapsen ikä, kehitystaso, tietotaso ja yleis-tila (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304). Eri ikäkausiin kuuluvat uhmaiät ja murrosikä hankaloittavat lapsen tai nuoren hoitoa entisestään. Lapsen hoitotyön erityispiirteenä on myös perheen tiivis mukanaolo hoidossa ja heidän tukeminen ja ohjaaminen. Joskus lapsen tai nuoren psyykkisen kehityksen arvioiminen on hankalaa, sillä lapsekas ulko-muoto voi peittää terävästi ja monimutkaisesti ajattelevat aivot. (Hermanson 2010.)

2.1 Lapsen kehitys

Kognitiivinen eli tiedollinen kehitys tarkoittaa havaintojen, ajattelun, muistin, kielen sekä oppimisen kehitystä ja se jatkuu pitkälle yli 20 ikävuoden (Hermanson 2010). Kognitiiviseen kehitykseen vaikuttavat lapsen oma aktiivisuus, perimä ja ympäristö (kiinnostuneisuus ja tavoitteellisuus), fyysinen ympäristö sekä sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät. Ympäristö vaikuttaa lapsen kognitiiviseen kehitykseen, sillä esimerkiksi lapsen ollessa paljon lattialla hänen motorinen kehitys nopeutuu. Alla olevassa taulukossa 1 esitetään ikäkausittain tärkeimmät kognitiivisen kehityksen vaiheet. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 11–71.)

Taulukko 1

Ikäkausi	Kognitiivinen kehitys
Neonataalikausi, 0–4-viikkoinen	Oppiminen tapahtuu tottumalla, kuulemalla, muistamalla, päättel-mällä ja havainnoimalla.
Imeväisikäinen eli 0–1-vuotias	Havainnointi kehittyy ja ymmärtää puhetta sekä yrittää tulkita ää-nensävyjä, ilmeitä ja eleitä.
Varhaisleikki-ikäinen eli 1–3-vuotias	Tutkii ja matkii (turvallinen ja virikkeellinen ympäristö). Kaksivuotias alkaa ymmärtää alkeellisesti syy-seuraussuhteita, sillä hänen muisti alkaa toimia tehokkaasti ja työmuisti paranee. Leikki-ikäinen osaa ilmaista itseään ja kokemuksiaan.

Myöhäisleikki-ikäinen eli 3–6-vuotias	Tieto lisääntyy, muisti paranee, ajattelu kehittyy ja mielikuvitus kasvaa.
Kouluikäinen eli 7–12-vuotias	Ajattelu on loogista, johdonmukaista ja realistisempaa.
Nuori eli 12–18 -vuotias	Aivojen massa ei enää oleellisesti kasva, mutta aivojen toiminta jatkaa yhä kehittymistä. Nuori pystyy ajattelemaan tulevaisuuteen ja hänellä on laajempi maailmankuva. Hänen päättelytaidot ja ongelmanratkaisukyvyt paranevat.

Vastasyntyneen psykososiaalisuus kehittyy varhaisen vuorovaikutuksen avulla. Lapsen käsitys itsestä alkaa muodostua sen pohjalta, miten häntä kohdellaan ja käsitellään sekä miten hänelle puhutaan. Jokaisella vauvalla on oma temperamenttinsa, josta myöhemmin muotoutuu ympäristön ja kasvatuksen vaikutuksesta yksilön persoonallisuus. Imeväisikäinen viestii tunteitaan käyttäytymisen välityksellä, esimerkiksi vauva osoittaa vierastuksensa itkemällä. Etenkin vanhemmilta saatu ruumiillinen läheisyys on tärkeää lapselle. Varhaisleikki-ikäinen harjoittelee vuorovaikutustaitoja ja sosiaalisia sääntöjä. Myöhäisleikki-ikäiselle kehittyy minäkäsityksen eli identiteetin perusta. Kouluikäiselle hänen rajansa selkiytyvät, joka mahdollistaa vähitellen hänen sosiaalisuuteen kasvamisen. Psyykinen kehitys ja persoonallisuus kehittyvät vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin. Nuoruudessa harjoitellaan hallitsemaan ja sietämään omia tunteita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 16–72.) Nuori voi peittää ristiriitaisia tunteita, jännitystä tai pelkoa olemalla esimerkiksi törkeä, välinpitämätön tai ylimielinen (Hermanson 2010). Kokonaispersoonallisuuden sekä sosiaalisuuden ja tunne-elämän yhteydessä nuorillakin on puutteita (Hermanson 2010).

Lapsen fyysinen kehitys on kesken, jolloin hänen vesi- ja rasvakudoksen osuus, verenpaineet, aineenvaihdunta, lämmönsäätely sekä lääkeaineiden vaste, tarve ja eliminaatiokyky ovat erilaisia kuin aikuisen. Lapsen pulssi on korkeampi ja verenpainearvot ovat matalammat kuin täysi-ikäisen. Alkuun vauvan lääkkeiden eliminaatiokyky on hitaampaa, 1-vuotiaalla lapsella se on samanlainen kuin aikuisella, sen jälkeen suhteellisesti suurempi kuin aikuisella ja murrosiässä eliminaatiokapasiteetti palaa takaisin aikuistalolle (Hoppu 2010). Tämän vuoksi vastasyntyneelle yleensä riittää pienempi annos lääkettä (mg ja mg/kg), leikki-ikäinen tarvitsee usein aikuisen annosta suhteellisesti suuremman lääkeaineannoksen (jopa 50 % suurempi annos mg/kg), mutta koskaan lapsen

saama annos (mg) ei ylitä aikuisen saamaa kokonaisannosta (Hoppu 2010). Lapsen kehittyvät veri-aivoeste päästää lääkkeaineet paremmin läpi sekä lääkkeet kulkeutuu nopeammin keskushermostoon. Lapsella tavallista suurempi osa lääkkeistä on verenkierron ja pienempi määrä lääkkeistä sitoutuu kudoksiin, sillä kehon rasvamäärä on aikuisen verrattuna pienempi, vesimäärä suurempi ja lääkkeitä verenkierron sitovien proteiinien pitoisuus matalampi. Lapsi jäähtyy helposti etenkin pään kautta, koska ihon pinta-ala on niin suuri verrattuna lapsen painoon ja lämmöntuotantoon. Myös hengityksen kautta poistuu enemmän lämpöä ja nestettä, sillä lapsella on korkeampi hengitystaajuus. Kehittymättömien hikirauhasten takia lapsen hikoilu on puutteellista, jolloin lapsen lämpötila kohoaa herkemmin. Lapsi on altis neste- ja elektrolyytitasapainon häiriöille sekä alhaiselle verensokerille, sillä nestetasapainon säätely sekä munuaisten toiminta on kypsyttömä ja glykogeenivarastot ovat pieniä. (Puustinen 2013.)

2.2 Lapsen pelko

Pelko on todellisen tai epätodellisen vaaran aiheuttama reaktio. Pelko on hyödyllistä suojelevan vaikutuksen ansiosta. Liian voimakas pelko voi kuitenkin olla haitaksi lapsen kehitykselle, sillä se saattaa rajoittaa hänen normaalia toimintaa. Tutkimukseen tai toimenpiteeseen joutuminen aiheuttavat erityisesti 0,5-4-vuotiaalle lapselle stressitilan, joka saattaa ilmetä jopa kuukausia jatkuvana unihäiriönä, painajaisunina, yökastelun lisääntymisenä, kiukunpuuskina ja vieraiden ihmisten pelkona (Pouttu 2016). Lapsen ja nuoren pelot jaotellaan synnynnäisiin ja kehityksellisiin, jotka on koottu taulukkoon 2. Synnynnäisten ja kehityksellisten pelkojen lisäksi on traumaattisia eli opittuja pelkoja. Lapsi on oppinut pelkäämään jotain, koska hän on havainnoinut ja oppinut sen esimerkiksi vanhempiensa käytöksestä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304–310.)

Taulukko 2

Ikäkausi	Pelot	Muuta huomioitavaa
Imeväisikäinen	Kirkkaat valot, kovat äänet ja äkilliset liikkeet. Nämä ovat synnynnäisiä pelkoja.	Imeväisikäinen aistii vanhemmistaan pelokkuuden ja epävarmuuden.

Leikki-ikäinen	Vanhemmistaan eroon joutuminen, hylätyksi tuleminen, vieras ympäristö, eri hoitolaitteet, erilaiset äänet, vieraat ihmiset, henkilökunnan vaatetus, liian tiukat kiinnipitämisotteet, kipu, pistäminen ja sairaalaan joutuminen.	Vilkkaalla mielikuvituksella on roolinsa pelon aiheuttajana tai vahvistajana.
Koulu-ikäinen	Tutkimukset, hoitotoimenpiteet, pistäminen, kehon vahingoittuminen, yksinolo, fyysinen rajoittaminen ja kuolema.	
Murros-ikäinen	Kehon vammautuminen, ulkonäön muutos, kuolema ja itsehillinnän pettäminen, jolloin hän ei pysty tietyissä tilanteissa hallitsemaan omaa käyttäytymistään tai toimintaansa.	Nuoren pelkoja lisäävät hänen huoli tulevaisuudesta

Pelon vähentäminen on tärkeä osa lapsen valmistamista toimenpiteeseen. Lapsen tai nuoren ja vanhempien valmistaminen tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin on tietojen antamista sekä lapsen selviytymiskeinojen tunnistamista ja tukemista. Selviytymiskeinot ovat vieraissa ja pelottavissa tilanteissa käytettäviä tapoja ja toimintoja. Imeväisikäisten ja taaperoiden vanhempien valmistaminen toimenpiteisiin on erityisen tärkeää. Lapselle tai nuorelle ja hänen perheelleen on hyvä kertoa tutkimuksen tai toimenpiteen tarpeellisuudesta ja välttämättömyydestä. Myös tutkimuksen kulku, ajankohta ja tekopaikka on kerrottava. Lapsen valmisteluihin voidaan käyttää apuna nukkeja, leluja, erilaisia hoitotarvikkeita, valokuvakansioita tai cd-levyjä eri tutkimuksista tai hoitotoimenpiteistä. Sana- ja äänensävillä on myös vaikutusta lapsen pelon ja jännityksen vähentämiseen. Rehellisyys on tärkeää luottamuksen säilymisen kannalta. Lapsen pelot, kivun kokeminen, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin valmistaminen ja lapsen leikki ovat kaikki yhteydessä toisiinsa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304–308.)

Rauhoittavien lääkkeiden käyttö lapsen tai nuoren näkökulmasta pelottavissa tutkimuksissa on suositeltavaa. Rauhallisen vanhemman läsnäolo toimenpiteessä rauhoittaa lasta ja tuo vanhemmalle sekä lapselle turvallisuutta. Vanhempien mukanaolo tutkimuksessa päätetään huomioiden lapsen kehitystaso, toimenpiteen luonne, vanhemmat ja heidän toiveensa. Rauhallinen ja viihtyisä tila helpottaa lapsen pelkoja. Tiloissa on hyvä olla lapsen mielenkiintoa herättäviä kuvia ja esineitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304–308.) Lelulaatikkoa tutkiessa leikki-ikäinen voi rauhassa totutella tilan ilmapiiriin (Mertsola ym. 2016).

Tutkimuksessa lapsella voi olla mukana hänelle tärkeä lelu, joka tuo hänelle turvallisuuden tunnetta. Lapsen huomion kiinnittäminen muuhun vähentää hänen pelkoa (Keituri & Laine 2012). Jos lapsella on mahdollisuus osallistua tehtävään toimenpiteeseen tai tutkimukseen, lisää se tutkimuksen sujuvuutta ja lapsen turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksen tai toimenpiteen aikana tulisi olla rauhallinen, kiireetön ja meluton ilmapiiri, mutta lapsen ollessa yhteistyöhaluton toimenpide tehdään pitkittämättä sitä ylimääräisillä puheilla (Keituri & Laine 2012). Toimenpiteen aikana ja sen jälkeen lasta on palkittava ja kehuttava liioittelematta, vaikkei kaikki olisikaan sujunut odotuksien mukaisesti. Palkitseminen voi olla esimerkiksi sanallista, silittelyä, halaamista tai muun muassa tarrojen, kiiltokuvien, kynien tai kumien antamista. Toimenpiteen jälkeen on käytävä läpi lapsen kokemukset leikkien, piirtäen ja keskustellen tai keksimällä satu. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304–308.)

2.3 Lapsen kipu

Kipu määritellään epämiellyttäväksi aistimukseksi tai kokemukseksi, joka liittyy kudosaan vaurioon tai sen uhkaan. Kivun kokeminen ja kipukynnys on aina yksilöllistä, johon vaikuttaa opittu kipukulttuuri ja kipuhistoria. Akuutin kivun tunteminen on hyödyllistä, sillä se kertoo fysiologisesta vauriosta, sairaudesta, vammasta tai hapenpuutteesta ja estää lisävaurioiden syntymistä väistöliikkeen ansiosta. Akuutin kivun lisäksi on kroonista kipua, joka on kestänyt 3–6 kuukautta ja sitä esiintyy lapsilla ja nuorilla erityisesti pitkäaikais-sairauksien aikana akuutin kivun rinnalla. Hoitamaton kipu johtaa lapsella hyvinvointia haittaavan stressin kehittymiseen ja varhaislapsuuden kipukokemukset säilyvät jopa aikuisuuteen asti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 322–324.)

Aikaisemmin oletettiin, etteivät keskoset ja pienet lapset tunne kipua ja heillä on parempi vaste kipulääkkeille, joten lääkkeitä käytettiin niukasti. Nykyään lasten kivun tutkimiseen sekä kivunarviointiin ja -hoitoon on panostettu. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 322–324.)

Puolivuotiaasta lähtien lapsi muistaa kipukokemuksensa ja hänelle saattaa kehittyä sairaa lapelko. Kivun tunnistaminen ja arviointi on sitä vaikeampaa, mitä pienemmästä lapsesta on kyse. Kivun arviointia vaikeuttavat lapsen riittämättömät kommunikaatiokyvyt ja yleinen olotila, joten pelot, ikävä, pitkästyminen tai muu lasta painava asia voi antaa väärän arvion kivusta (voi antaa kuvan todellisuutta voimakkaammasta kivusta). Lapsi ilmaisee kipua kehitystasonsa ja persoonansa mukaan. Joskus kipu ilmenee epätyypillisinä oireina esimerkiksi käytöshäiriöinä, unihäiriöinä tai syömättömyytenä. Vasta kehityksen

edetessä lapsi osaa paikallistaa kipua ja kuvata kivun luonnetta. Lapsi tai nuori voi myös salata kivun tuntemuksiaan. On tärkeää kuunnella vanhempien arviota lapsen kivusta. Lapsen ja nuoren kipua tulee arvioida ennen ja jälkeen kivunhoidon. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 322–324.)

Kivun arvioinnissa kiinnitetään huomiota lapsen fysiologisiin muutoksiin, kuten verenpaineen, sykkeen ja hengitystaaajuuden nousuun, pinnalliseen hengitykseen, happisaturaation pienenemiseen sekä veren adrenaliini-, noradrenaliini- ja glukagonipitoisuuden nousuun. Lapsen yleinen olemus ja käyttäytyminen muuttuvat myös. Hän saattaa olla hiljainen, liikkumaton, levoton, jäykkä, ärtyisä, käsittelyarka, itkuinen, huonosti nukkuva, ruokahaluton tai kipukohtaa varova. Lisäksi lapsen ihon väriä, kosteutta ja lämpöä seurataan. Pienen vauvan silmät ovat viirussa, otsaan tulee juonteita ja huulet ovat tiukasti kiinni. Kehitystasosta riippuen lapselta ja hänen vanhemmiltaan kysytään kivusta. Lisäksi otetaan apuun erilaisia kipumittareita, esimerkiksi CRIES eli *Cry, requires oxygen, increased vital signs, expression, sleeplessness* (happisaturaatio, syke, verenpaine, ilmeet, vireystila), NIPS eli *Neonatal infant pain scale* (ilmeet, itku, hengitys, vitaalielintoinnot, käsien ja jalkojen seuraaminen), VAS eli *Visual analogue scale* (kymmenasteikoinen numeerinen mittari) ja MAFS eli *McGrath affective faces scale* (viisiasteikoinen hymiö-kipumittari). (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 324–325.)

Lapsen kivunhoidossa on se eroavaisuus aikuisten kivunhoitoon verrattuna, ettei lapsi pyydä kipulääkettä, vaan sen tarpeen arviointi jää vanhempien ja sairaanhoitajan tehtäväksi. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään joko yksinään tai lääkkeellisen kivunhoidon rinnalla. Lääkkeettömiä kivunhoitoja ovat puhaltaminen, silittäminen, syliin ottaminen, lapsen lohduttaminen, tiedonsaanti, tutin käyttö, kapalointi, leikki, vanhempien läsnäolo, sokerivesiliuoksen antaminen vauvalle, asentohoito, musiikki tai sadut, lapsen huomion kiinnittäminen muualle, lämpimät ja viileät kääreet ja huumori. Lääkkeellisessä kivunhoidossa kivun kesto vaikuttaa lääkkeen ja antotavan valintaan, suositelluin reitti on suun kautta (mutta ei kokonaisena/puolikkaana nieltävänä tablettina) tai infuusiona kanyyliin. Lapselle tavallisimmat kipulääkkeet ovat lievään ja keskivaikeaan kipuun tarkoitetut parasetamoli, ibuprofeeni sekä naprokseeni ja keskivaikeaa tai vaikeaa kipua hoidetaan muun muassa tramadolilla, kodeiinilla, morfiinilla tai fentanyylillä. Paras teho kipulääkkeille saavutetaan, jos lääke annetaan ennen toimenpiteen suorittamista. Kipulääke annostellaan yleensä lapsen painon mukaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 327–330.)

Lääkärin laittaessa lapselle kanyyliä, iho puudutetaan EMLA®-pintapuudutevoiteella (lidokaiini, prilokaiini) kivun välttämiseksi. Yleensä hoitajat eivät laita kanyyleja lapselle välttääkseen turhia neulanpistoksia, sillä lapsen verisuonet ovat kapeita. Neulan kooksi valitaan mahdollisimman pieni riippuen lapsen tai nuoren iästä. Lihas- tai ihonalaiskudosinjektioita suositellaan pistettäväksi vain etureiden ulkosyrjään tai isomman lapsen olkavarteen. Injektiota antaessa lasta on rauhoitettava ja pidettävä paikallaan tukevin ottein mieluiten sylissä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 316–318.)

3 LAPSEN KIINNIPITÄMINEN

Kiinnipitäminen tarkoittaa lapsen fyysistä rajoittamista ja liikkumattomaksi saamista, jotta toimenpide saadaan tehtyä. Kiinnipitämiset voivat johtua lapsen pelosta, ymmärtämättömyydestä tai yhteistyöhaluttomuudesta. Lapsi voi pelätä esimerkiksi kipua, lääkäriä, hoitajaa, neuloja tai laitteita. Ymmärtämättömyys voi johtua lapsen kognitiivisesta kehityksestä, sen häiriöistä tai siitä, ettei lapsi halua kuunnella sairaalan henkilökuntaa. Vireys-tila ja aiemmat traumat voivat muun muassa vaikuttaa lapseen siten, ettei hän halua olla yhteistyössä sairaalassa. (Jeffrey 2010, 24–25.)

Opinnäytetyössä lapsen kiinnipitämisellä ei tarkoiteta terapeutista kiinnipitämistä, jolloin lapsi hyötyisi henkisesti siitä tai saisi tukea toimenpiteen ajaksi, johon on saatu lapsen suostumus. Opinnäytetyössä fyysisellä kiinnipitämisellä tarkoitetaan lapsipotilaan liikkuvuuden rajoittamista ilman apuvälineitä, muualla kuin psykiatrisessa hoidossa. Terapeuttisessa ja fyysisessä kiinnipitämisessä on paljon samankaltaisuuksia. Suurimpana eroavaisuutena on voimankäyttö eli terapeuttisessa kiinnipitämisessä voimaa käytetään huomattavasti vähemmän sekä se on tehty lapsen suostumuksella. Kiinnipitämisestä on kuitenkin yritettävä tehdä sellainen, ettei lapselle jää siitä traumoja. (Jeffrey 2010, 24–25.)

Lapsen kiinnipitämiseen on hyvä saada vanhemman tai holhoojan suostumus, mutta kiireellisissä tapauksissa lasta voidaan hoitaa ilman vanhemman suostumusta (Suomen Lääkäriliitto 2013, 103). Kiinnipitäminen voi tapahtua ilman apuvälineitä, eli joku pitää lapsesta kiinni kehollaan. Tässä tilanteessa kiinnipitäjälle voi käydä huonosti, sillä lapsi voi rimpuilla ja vahingossa satuttaa kiinnipitäjää. Fyysinen rajaaminen voi tapahtua apuvälineillä, esimerkiksi sitomalla tai kapaloimalla. Tätä tekniikkaa voidaan käyttää tilanteissa, jossa lapsi ei suostu pitämään kanyyliä tai nenä-mahaletkua. Fyysinen rajaaminen voi tapahtua myös lääkkeellisesti eli sedatoimalla potilas, joka voi tehdä kiinnipitämisestä tarpeettoman. (Bray ym. 2010, 6.) Sedaation tarve arvioidaan yksilöllisesti lapsen iän, pelokkuuden ja toimenpiteen perusteella ja sedaatiolääkkeinä ovat lyhytvaikutteinen midatsolaami ja hidasvaikutteinen diatsepaami (Keituri & Laine 2012).

Lasta tukevien otteiden on oltava turvallisia ja varmoja. Hyvä fyysinen tukeminen tuo lapselle turvallisuuden tunnetta. Lapsen liikkumisen rajoittaminen aiheuttaa jo pelkoa, jota tiukat otteet vielä lisäävät. On hyvä arvioida, kuinka tiukkoja otteita tilanteet vaativat.

Yleensä ohjeena on, ettei alkuun käytetä tiukinta otetta vaan tilanteen vaatiessa tiukennetaan otetta. Toimenpiteen tai tutkimuksen mahdollistamana syli on lapselle tutuin ja turvallisin paikka. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 304–308.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa lapsen kiinnipitamisestä somaattisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli, että hoitoalan työntekijät ja opiskelijat voisivat hyödyntää opinnäytetyöstä saatavaa informaatiota. Tutkimusongelmat olivat:

1. Missä tilanteissa kiinnipitämistä tapahtuu alle 16-vuotiaalle somaattisessa hoidossa?
2. Mikä on oikeaoppinen tapa pitää lapsesta kiinni?
3. Mitä haittoja ja hyötyjä lapsen kiinnipitamisestä on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva aikaisemmista tutkimuksista: se on tutkimus tutkimuksista (Whittemore 2005, 54). Opinnäytetyössä pyrittiin mahdollisimman systemaattiseen tuotokseen. Tarkoituksena oli etsiä aiheesta korkeatasoisia tutkimuksia, arvioida sekä analysoida niitä. Tiedonhakutaulukkoon (Liite 1) kirjoitettiin tietokannat, hakusanat, osumien määrät ja valittujen tutkimusten määrät. Tiedonhakutaulukossa näkyy haut, joilla löydettiin uusia tutkimuksia. Tiedonhakuja tehtiin erilaisia hakusanoja ja tietokantoja käyttäen, mutta jotkut hakutulokset olivat joko toistoa tai epäkelpoisia tähän kirjallisuuskatsaukseen valittavaksi. Myös manuaalista hakua käytettiin. Joistain tutkimuksista ei ollut ladattavissa kokotekstiä, jolloin hyödynnettiin tiivistelmää.

Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä oli viisi vaihetta: 1) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) tiedonhaku ja tutkimusten valinta, 3) tutkimusten arviointi, 4) tutkimusten analyysi ja synteesi sekä 5) tulosten raportointi. Kirjallisuuskatsausten aineistoina olivat alkuperäistutkimukset, joita saatiin tietokannoista avainhakusanojen avulla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostui vaiheista. Ensin luettiin tutkimukset läpi ja perehdyttiin niihin. Sen jälkeen etsittiin ja alleviivattiin pelkistetyjä ilmauksia ja listattiin ne. Kolmanneksi pelkistetyistä ilmauksista etsittiin eroavaisuudet ja samankaltaisuudet. Lopuksi yhdistettiin pelkistetyt ilmaukset. Aineiston analyysissä järjestettiin ja luokiteltiin aineistoa. Analyysissä kuvattiin tutkimusten tärkeät sisällöt (kirjoittajat, maa, vuosi, tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät, otos) ja keskeisimmät tulokset tutkimustaulukossa (Liite 2). Tutkimustaulukon avulla saatiin helposti kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. Sen jälkeen opinnäytetyö raportoitiin eli etsittiin tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmiteltiin ja vertailtiin niitä, tulkittiin niitä ja lopuksi muodostettiin sekä kirjoitettiin looginen kokonaisuus eli synteesi. Yksittäisistä tutkimustuloksista muodostettiin yleisempi kuva ja esitettiin myös ristiriitaiset tulokset. (Stolt ym. 2015, 23–31.)

Opinnäytetyöhön valittiin yhteensä 16 tutkimusta, joita tehtiin Suomessa (2), Ruotsissa (3), Turkissa (1), Irlannissa (1), Australiassa (1), Iso-Britanniassa (3), Kanadassa (1), Yhdysvalloissa (2) ja Iso-Britanniassa sekä Irlannissa (2). Joitain tutkimuksia ei voitu hyväksyä kirjallisuuskatsaukseen, sillä kiinnipidettävien ikärajoitus oli väärä tai kyseessä

oli muun muassa kiinnipitäminen hammaslääketieteellisessä hoidossa. Vanhempia tutkimuksia ei hyväksytty, jos samat asiat tulivat esille uudemmissa 2000 luvun puolella tehdyssä tutkimuksessa. Myös kirjallisuuskatsauksia ei valittu opinnäytetyöhön, sillä ne eivät ole alkuperäisaineistoa.

6 TULOKSET

Kiinnipitäminen tarkoittaa lapsen saamista liikkumattomaksi tutkimuksen, perushoidon tai hoitotoimenpiteen tekemistä varten silloinkin, kun lapsi ei ole halukas. Papinahon (2010) mukaan kiinnipitämistä suoritetaan lapsen tai nuoren tahdon vastaisesti, kun hän on jo ilmaissut kieltäytyvänsä hoidosta, tutkimuksesta tai toimenpiteestä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Kiinnipitämiseen turvaudutaan viimeisenä vaihtoehtona, jotta välttämätön hoito saadaan suoritettua turvallisesti. Olennaisimmat keinot kiinnipitämisen välttämiseksi ovat lapsen iästä ja ajanpuutteesta riippuen keskustelu, informointi ja neuvottelu. Lapselle ja nuorelle on tärkeää antaa mahdollisuus tietää vaihtoehtoiset hoidot ja osallistua päätöksen tekemiseen. Toisaalta akuuteissa tai elämää vaarantavissa tilanteissa ei ole aikaa neuvotteluihin. Yhteistyöhaluisten ja toimenpiteestä ymmärtävien vanhempien mukaan ottaminen toimenpiteeseen saattaa parantaa onnistumismahdollisuuksia. Hoitajien mielestä vanhempien tärkeimmät roolit ovat lapsen rauhoittaminen, huomion kiinnittäminen pois toimenpiteestä ja lapsen lohduttaminen toimenpiteen jälkeen. Lapsen huomion siirtäminen pois hoidosta on yleisin käytettävä vaihtoehto alle 6-vuotiaalle ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäminen lisääntyy lapsen iän myötä (Homer & Bass 2010). Joskus mitkään näistä vaihtoehdoista eivät auta ja hoitajien täytyy etsiä yksilöllisiä ratkaisuja. Tätä kuitenkin tapahtuu ajanpuutteen takia harvoin. (Kangasniemi ym. 2013.)

Jos tutkimus tai toimenpide ei ole sillä hetkellä välttämätön, se voidaan siirtää. Lapsen yhteistyökykyisyys riippuu monesta asiasta, kuten väsymyksestä tai nälästä, ja puolen tunnin siirrolla voi olla suuri vaikutus. Lewis ym. tutkimukseen osallistui 453 anestesia-lääkärinä Kanadasta. Anestesia-lääkäreistä yhdeksän prosenttia on lapsen kieltäytymisen vuoksi peruuttanut vähintään yhden toimenpiteen viimeisen vuoden aikana ja 45 % koko uransa aikana. Keskimäärin 12-vuotiaan kieltäytymistä toimenpiteeseen aletaan kunnioittaa. On tärkeää tunnistaa mahdollisesti yhteistyökyvytön lapsi. Huomion kiinnittämistä muuhun, leikkimistä ja siirtämisen tai perumisen mahdollisuuksia tulee harkita. (Lewis ym. 2007.)

6.1 Kiinnipitämisen tarve

Brennerin ym. (2015) tutkimuksesta selviää, että sairaanhoitaja pitää lasta kiinni suuremmalla todennäköisyydellä, jos hän on saanut lisäkoulutusta kiinnipitämisestä ja hänen ollessa yli 35-vuotias. Todennäköisimpänä tekijänä, joka johtaa lapsen kiinnipitämiseen on alle 5-vuotiaan ikäinen lapsi ja tutkimuksen tai toimenpiteen luonne eli esimerkiksi kanylointi. Asiaa selvitettiin kymmenasteikkoisen janan avulla, missä 10 on ehdoton kiinnipitämisen aihe ja 1 on epätodennäköisin aihe lapsen kiinnipitämiselle ennen tilanteen alkamista. Mitä suuremman pisteen hoitajat antoivat, sitä suuremmalla kiinnipitämisvalmiudella he menivät tilanteeseen ensitietojen perusteella. Alle 5-vuotias lapsi sai kahdeksan pistettä, eli jo ennen tilanteen alkamista alle 5-vuotiaan potilaan oletettiin tarvitsevan kiinnipitämistä ja oltiin kiinnipitovalmiudessa. Toimenpiteen luonne eli esimerkiksi kanylointi tai nenämahaletku sai seitsemän pistettä ja oli todennäköinen kiinnipitämisen aihe. Ympäristö sai viisi pistettä eli hoitajien mielestä he suorittaisivat lapsen kiinnipitämistä ennen tilanteeseen astumista. Ympäristöllisiä tekijöitä ovat ajanpuute, hoitajien vähyys, ohje kokeneemmalta hoitajalta, ohje konsultoidessa ja leikkiterapeutin läsnäolon puute. Kaksi pistettä saivat lapsen kognitiivisuus, vanhempien läsnäolo sekä lapsen kieltäytyminen tutkimuksesta tai toimenpiteestä eli nämä olivat epätodennäköisiä kiinnipitämisaiheita. Tutkimuksesta ilmenee, että 61 % (n=105) tutkimukseen osallistuneista hoitajista laittoivat mittariin viisi tai enemmän eli he suorittaisivat kiinnipitämistä lapsen toimenpiteen aikana. Hoitajat ovat sitä mieltä, että alle viisivuotiaat lapset tarvitsevat useammin kiinnipitämistä ja yli 11-vuotiaat harvemmin. (Brenner ym. 2015.)

Toisessa tutkimuksessa vastanneista 121:sta hoitajasta 66.9 % raportoivat hoitajapulan ja suuren työlastin olevan suurin syy fyysiselle rajaamiselle. Fyysinen rajaaminen vähenee äidin ollessa lapsensa mukana ja lisääntyy kokemattoman hoitajan ollessa vastuussa. (Demir 2007.) Anestesia- ja lääkehoitoista 44 % (n=453) käyttävät fyysistä rajaamista suurimmalle osalle alle yksivuotiaille lapsille ja vain kaksi prosenttia rajaa yli 11-vuotiasta (Lewis ym. 2007).

Monet hoitotyön ammattilaiset ovat epävarmoja lapsen kiinnipitämisen rajoista hoitotoimenpiteiden aikana. Ammattilaisten kiinnipitämisen suorittamiseen vaikuttaa heidän omat uskomukset, osaston käytännöt, ja ennen kaikkea vanhempien suhtautuminen kiinnipitämiseen. Työntekijöillä oli vaivaton olo jatkaa ahdistuneen lapsen kiinnipitämistä, jos vanhemmat olivat osoittaneet hyväksyntänsä ja toiveen suorittaa toimenpide loppuun. (Bray ym. 2016.)

Crellin ym. tutkimuksessa havaittiin, että 82 % ensimmäisistä yrityksistä suorittaa toimenpide 0,5–3,5-vuotiaille lapsille olivat onnistuneita (n=124). Fyysinen rajaaminen oli käytössä 72 % lapsista. Kiinnipitämistä suoritettiin kaikille kanyloitaville ja nenämahaletkun saaneille, 64 % inhalaatiota tarvitseville ja 18 % happisaturaatiota mitattaville lapsille. 79 % nenämahaletkun saaneille ja 16 % kanyloitaville lapsille täytyi käyttää keskinkertaista tai voimakasta kiinnipitämistä. Kaiken kaikkiaan 87 % 6–18-kuukautisista, 68 % 1.5–2.5-vuotiaista ja 57 % 2.5–3.5-vuotiaista lapsista tarvitsi kiinnipitämistä. (Crellin ym. 2011.) Myös APA:n eli Association of Paediatric Anaesthetist of Great Britain and Ireland jäsenet ovat sitä mieltä, että fyysisen rajaamisen käyttö vähenee lapsen kasvaessa (Homer & Bass 2010).

Kiinnipitämistä tapahtuu lääkinnän, perushoidon ja erilaisten hoitojen ja toimenpiteiden aikana. Hankaluuksia tuottavia perushoitoja ovat syöminen tai syöttäminen, ihonhoito, peseminen ja potilaan siirtäminen. Kiinnipitämistä vaativat toimenpiteet ovat nenämahaletkun asentaminen, kanylointi, sidosten vaihdot, haavan puhdistaminen, tikkien poistot, turvotuksen hallinta, virtsakatetrointi, painon tai verenpaineen mittaaminen, liman imeminen ja lääkkeiden antaminen (Brenner ym 2013; Papinaho 2010, 28–30). Lääkkeen antotapa ei vaikuta kiinnipitämisen tarpeeseen, vaan kaikki lääkitysmuodot ovat yleisiä kiinnipitämistä vaativia tilanteita. Lääkitysmuotoja ovat suonensisäiset, lihakseen annettavat, suun kautta otettavat ja inhaloitavat lääkkeet. Kipua aiheuttavat toimenpiteet lisäävät lapsen pelkoa, jolloin kiinnipitämisen tarve voi olla paikallaan. Esimerkkejä tällaisista toimenpiteistä ovat lumbaalipunktio, laskimo- tai valtimokanyloinnit, injektiot ja verinäytteenotot sormenpäistä tai kyynärtaipeesta (Kangasniemi ym. 2013; Papinaho 2010, 28–30). Neulan pelkääminen on luonnollista; kymmenellä prosentilla aikuisista on neulafobia ja joistain lapsiryhmistä jopa 93 % pelkää neuloja (Ives & Melrose 2010). Intimiteettisuojaus rikkoessa joudutaan joskus kiinnipitämään lasta tai nuorta, esimerkiksi asetettaessa elektrodeja rintakehään EKG:tä varten (Papinaho 2010, 30). Myös kivuttomat toimenpiteet kuten erilaiset kuvantamistutkimukset voivat tarvita kiinnipitämistä onnistuakseen. Lapsen pelko hoitotoimenpidettä kohtaan, luottamuksen puute henkilökuntaan tai kehityshäiriöt vaikuttavat siihen, että perushoidon yhteydessä joudutaan suorittamaan kiinnipitämistä. Joskus kiinnipitämistä suoritetaan nuoren mielenterveyshäiriöiden tai huumausaineiden käytön takia. (Kangasniemi ym. 2013.)

Anestesiahoitajat käyttävät kiinnipitämistä kun muita vaihtoehtoja ei ole, vaikka tietävät sen olevan huono käytäntö. Yleensä silloin lapsi tarvitsee kiireellistä leikkausta, lapsella on erityistarpeita tai anestesiahoitaja ei onnistu luomaan suhdetta lapseen (Berglund ym.

2013; Homer & Bass 2010). Tilanteita on myös ollut, jolloin vanhemmat vaativat toimenpiteen suoritettavaksi lapsen ollessa levoton tai tarvittaessa toisenlaisen menettelytavan. (Berglund ym. 2013.)

Lapsen tyypilliset vastustamismuodot perifeeristä kanyyliä laitettaessa ovat protesti, karkaaminen ja sietäminen lapsen taholta. Lapsi voi osoittaa yhtä vastustamismuotoa tai jopa kaikkia muotoja toimenpiteen aikana. Lapsilla vastustaminen ja sen muodot tulevat esille eriasteisina, joillakin voimakkaampana ja toisilla heikompana. Protestoinnin aikana lapsi näyttää itsepintaisesti asennetta, jolla hän ylläpitää oman kantansa. Lapsi muun muassa kieltäytyy yhteistyöstä, välttää katsekontaktia, sivuuttaa hoitajan, huutaa tai itkee. Karkaamisen aikana lapsi panikoi ja välttää aikuisen kosketusta tai jopa juoksee karkuun. Sietämisen aikana lapsi on jäykkä, liikkumaton ja sulkeutunut (sisäänpäin kääntynyt). Kiinnipitämistä tarvitaan vähemmän sietämisen aikana, mutta silloin lapsi kuitenkin kieltäytyy osallistumasta. (Svendsen 2015.)

6.2 Kiinnipitämisen kulku

Kiinnipitämistä tapahtuu pediatriassa hoidossa lähes päivittäin ja siihen osallistuu useita ammattilaisia. Lapsen kiinnipitäminen on prosessinomaista, mutta ilman aikaisempaa suunnittelua. Kiinnipitämisprosessiin kuuluu (a) mahdollisen kiinnipitämistilanteen tunnistaminen, (b) ehkäisevien menetelmien käyttäminen, (c) eri rajaamismuotojen tunnistaminen, (d) kiinnipitämisen toteutus ja (e) rajaamisen jälkeiset toimet. (Kangasniemi ym. 2013.)

Lapsen tukeminen hankalissa tilanteissa perustuu hoitajien tahtoon kohdata lapsi hänen omassa maailmassa ja nähdä vaivaa päästääkseen lapsen ymmärrystasoon. Tämä onnistuu suhteen muodostuessa hoitajan ja potilaan välillä keskustelujen kautta, ymmärtämällä kehollisia viestejä, tasapainottamalla tahdikkuuden ja kiinnipitämisen välillä, olemalla lapsen puolestapuhuja, sovittelemalla aikaa ja ylläpitämällä uskoa. (Karlsson 2014.)

Vauvaikäinen pakotetaan käytännössä kaikkiin hoitotoimenpiteisiin, koska hän ei pysty pitämään puoliaan ja kieltäytymään toimenpiteestä. Vauvaa ei voi valmistella hoitotoimenpiteeseen, mutta vanhemmille on kerrottava hoitotilanteen kulku. Brennerin (2013) tutkimuksessa tuli esille, että lapsen ja nuoren vanhemmille ei kerrota tarpeeksi toimenpiteen kulusta, yrityskerroista ja kiinnipitämisestä sekä sen syistä. Vauva kapaloidaan tai

häntä pidetään muulla tavoin kiinni. Vauvan kiinnipitäminen on hellävaraisempaa, sillä hänen kohdalla ei tarvitse käyttää niin paljon fyysistä voimaa. Leikki-ikäiselle lapselle selitetään toimenpiteestä ja sitä käydään läpi leikin avulla, vaikkei hän ymmärtäisikään sitä. Kouluikäisellä ja murrosikäisellä toimii usein keskusteleminen, neuvottelu, lahjominen ja palkitseminen. Mitä suuremmasta lapsesta on kyse, sitä enemmän voimaa kiinnipitämisessä tarvitaan. (Papinaho 2010, 33–36.)

Yleensä kiinnipitämisen aikana hoitaja tai vanhempi pitää lasta tiukasti sylissään. Kiinnipitäminen voi tapahtua myös siten, että hoitaja pitää lapsen kädestä, raajasta, päästä tai koko kehosta kiinni tarpeen mukaan. Hoitaja voi estää lapsen liikkumisen omalla ruumiin painollaan olemalla osittain lapsen päällä (Papinaho 2010, 38; Berglund ym. 2013). Kiinnipitämistilanne voi lapsen tai nuoren reagoinnin takia vaatia jopa neljästä kuuteen ammattihenkilöä, kuten hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä ja vartijoita. Lapsi tai nuori on pääsääntöisesti aina tyytyväinen hoitotilanteen ollessa ohi. (Papinaho 2010, 38–44.)

Makuuasento on lapselle pelottavampi ja turvattomampi. Lapsen ahdistuneisuus on huomattavasti lievempää lapsen ollessa pystyasennossa vanhempansa sylissä verrattuna makuuasentoon pöydällä. Tällöin myös vanhemmat ovat tyytyväisempiä. Pystyasento ei näyttänyt vaikuttavan merkittävästi kanylointikertojen tarpeeseen. Pystyasento vaikuttaa olevan tehokas tapa vähentää lapsen ahdistusta kanyloidessa. (Sparks ym. 2007)

Hoitajien mukaan on tärkeää saada vanhempien suostumus lapsen tai nuoren kiinnipitämiseen, koska on hankalaa olla sekä potilasta että omaisia vastaan (Karlsson ym. 2014). Vanhemmille annetaan mahdollisuus valita, osallistuvatko he tilanteeseen, jossa mahdollisesti joudutaan pitämään lasta kiinni. Vanhemmat voi tarvittaessa ohjata huoneesta pois kiinnipitämisen ajaksi. Vanhempien pitäessä lapsesta kiinni, on heitä ohjeistettava ja tuettava. Brennerin (2013) tutkimuksen mukaan vanhemmat haluavat saada täsmälliset ohjeet saadakseen lapsensa oikeaan asentoon, jotta lapsen hoito olisi tarkoituksenmukaista ja turvallista. Vanhempien suorittamaa kiinnipitämistä hyödynnetään ainakin anestesiapuolella enemmän pienemmillä lapsilla, 28 % alle 1-vuotiailla, 31 % 1-3-vuotiailla, 11 % 3-6-vuotiailla ja vähemmän kuin 3 % yli 6-vuotiailla (Homer & Bass 2010). Vanhemman pitäessä lapsestaan kiinni, hänen ensisijainen rooli on kuitenkin lapsen lohduttajana oleminen tilanteen aikana ja sen jälkeen. Vanhemmilta voi saada hyviä ohjeita, miten lapsen kanssa yhteistyö sujuisi paremmin. (Papinaho 2010, 38–42.)

Lapsen ollessa poissa tolaltaan tutkimus tai toimenpide yritetään suorittaa mahdollisimman nopeasti. Hoitohenkilökunnan lisäksi vanhemmatkin haluavat asioiden edistyvän

nopeasti. Lapset voivat sillä hetkellä yrittää viivyttää toimenpidettä, mutta jälkikäteen suurimmalle osalle lapsista jää parempi mieli, jos se suoritetaan mahdollisimman nopeasti. Nopeasti toimiessa jotkut lapset eivät ehkä ehdi ymmärtää, että jotain tapahtui. Jotkut lapset jännittävät todella paljon pientäkin hoitotoimenpidettä, jolloin jotkut vanhemmat päättävät, etteivät kerro toimenpiteestä etukäteen. Tällöin lapsen toimenpidettä edeltävät päivät eivät mene pilalle. Jotkut lapset voivat jopa kieltäytyä tulemasta sairaalaan, jos he tietävät jonkun tietyn toimenpiteen tapahtuvan. Joskus kuitenkin vanhempi lapsi voi olla todella loukkaantunut, että häneltä salattiin tieto esimerkiksi tulevasta rokotuksesta. (Bray ym. 2016)

Jälkipuinti lapsen, nuoren ja perheen kanssa on erittäin tärkeää. Heidän kanssa on keskusteltava ja heitä on lohdutettava. Erityisesti nuorten kanssa jälkipuintia ei aina tule toteutetuksi Suomessa. Hoitotietoihin kirjataan vain vähän lapsen tai nuoren kiinnipitämisestä. Sitä tapahtuu, kun oletetaan sen aiheuttaneen jälkiä potilaan kehoon. Osa hoitajista kokee, että kiinnipitämisen kirjaaminen ei ole tärkeää ja se lisää hoitajien työtä. Hoitajien mielestä suullista raportointia annetaan hieman paremmin koskien kiinnipitämistä. Kirjaamista kiinnipitämisestä täytyy kehittää ja sen pitäisi olla systemaattista. (Papinaho 2010, 46–49.)

6.3 Kiinnipitämisen hyödyt ja haitat

Kiinnipitämistä suoritetaan kliinisessä hoidossa pääasiassa, jotta välttämätön tutkimus tai toimenpide saadaan suoritettua onnistuneesti ja turvallisesti (Kangasniemi ym. 2013). Kiinnipitämistä tehdään, jotta hoito onnistuisi potilaan edun, hyvinvoinnin, terveyden ja sairauden nimissä. Joskus päätökset on tehtävä lapsen puolesta, sillä se tuo turvallisuudentunnetta ja nopeuttaa tilanteiden edistymistä (Karlsson ym. 2013). Toiselle lapselle kiinnipitäminen hoidon yhteydessä voi tuoda turvallisuuden tunteen aikuisen sylin tai kaapaloinnin ansiosta, kun taas toinen voi tuntea sen pakottamiseksi (Papinaho 2010, 31–39).

Demirin (2007) mukaan kiinnipitäminen saattaa aiheuttaa lapselle ruokahaluttomuutta tai levottomuutta. Hoitajat kuvaavat, että kiinnipitämisen aiheuttama kontrollin menettämisen tunne voi olla lapselle suurempi paha kuin neula. Lapsesta tuntuu silloin epäreilulta ja turvattomalta. Kiinnipitämisestä johtuva pelko voi aiheuttaa lapselle tai nuorelle stressitilan. (Karlsson ym. 2014.)

On normaalia, että lapsi tai nuori vastustaa kiinnipitämistä ja reagoi voimakkaasti, esimerkiksi potkimalla, lyömällä, sylkemällä, pyristelemällä, rimpuilemalla, itkemällä, huutamalla, sivuuttamalla hoitajan tai yrittämällä karata. Lapsen vastustaessa kiinnipitämistä lapsi itse tai kiinnipitäjä voivat loukkaantua, etenkin lapsen päästessä irti kiinnipitäjän otteesta (Page ym. 2015, 8). Lapsipotilaalle on annettava mahdollisuus ilmaista tunteitansa. (Papinaho 2010, 39–40)

Kiinnipitäminen voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa epätoivon, ahdistuneisuuden ja pettymyksen tunteita, etenkin jos kiinnipitotilanne ei suju odotusten mukaan. Yleisin hoitotyöntekijän kokemus on olla harmissaan tai stressaantunut, koska lapsi tai vanhemmat ovat harmissaan, tai toimenpide ei ole mennyt täysin suunnitelmien mukaisesti (Lloyd ym. 2008, 4). Hoitajien mielestä heidän omat voimavaransa ja ammattitaitonsa ovat riittämättömiä lapsen kiinnipitämiseen. Osa hoitajista kertoi tuntevansa mielihyvää autettavan ja hoidettavan lapsen tai nuoren puolesta, sillä heistä tuntui lapsen hyötynneen kiinnipitämisen avulla toteutetusta hoidosta. Hoito ei olisi onnistunut ilman onnistunutta kiinnipitämistä. (Papinaho 2010, 45–46.)

Useat hoitajat ovat kiinnipitämistilanteessa hämmentyneitä, stressaantuneita ja pelokkaita, etteivät vain tee virhettä, satuta lasta tai loukkaannu itse. He tuntevat empatiaa lasta kohtaan ja se raastaa heidän sydäntä. He ovat henkisesti väsyneitä ja he tarvitsevat enemmän tukea. (Ives & Melrose 2010, 4-5.)

Monista vanhemmista tuntuu epämukavalta, kun heidän lastaan pidetään kiinni kliinisen toimenpiteen aikana; tämä johtuu heidän kokemastaan ristiriidan tunteesta tai joidenkin ammattilaisten mitäänsanomattomasta asenteesta ja empatian puutteesta heidän lasta kohtaan. Vanhempien näkökulmasta jotkut hoitotyöntekijät eivät tehneet mitään sen eteen, että loisivat hyvät välit tai yhteisymmärryksen lapsen kanssa, ja tämä aiheuttaa mielipahaa. Syyllisyyden, katumuksen ja vihan tunteet ovat joillakin vanhemmilla esillä heidän lapsensa kiinnipitotilanteessa, etenkin heidän tuntiessa, etteivät he voi tehdä tilanteessa mitään. Harva vanhempi on kuitenkin huolestunut, että kiinnipitäminen saattaa aiheuttaa lapselle mahdollisesta pitkäaikaisista seurauksia. (Brenner 2013.)

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Turun kliininen tutkimuskeskus (Turku CRC) myönsi tälle opinnäytetyölle tutkimusluvan (Liite 3). Koska opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, mahdollisia eettisyysongelmia oli muutamia. Opinnäytetyössä vältettiin plagiointia kirjoittamalla omin sanoin ja antamalla kunnia alkuperäiselle kirjoittajalle lähdemerkinnöillä. Omat ajatukset ja mielipiteet eivät sekoittuneet lähdeviitteisiin eli objektiivisuutta ylläpidettiin. Sepittämistä ja havaintojen vääristelyä ei tapahtunut. Opinnäytetyössä noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

7.2 Luotettavuus

Luotettavuutta vahvisti alkuperäistutkimusten vastatessa hyvin tutkimusongelmiin eri näkökulmista. Omat ennakkokäsitykset ja toivotut tulokset voivat johtaa vääriin pohdintoihin, jos ei etsi muita näkökulmia puolustavia tutkimuksia. Tämän vuoksi etsittiin tutkimuksia, jossa lapsen kiinnipitäminen sairaalassa on positiivinen sekä välttämätön toimenpide ja myös tutkimuksia, jotka ovat kiinnipitämistä vastaan ja ehdottavat muita menetelmiä kiinnipitämisen sijaan. Tutkimuksia haettiin maailmanlaajuisesti ja vanhempiakin tutkimuksia etsittiin. Vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia hyväksyttiin kirjallisuuskatsaukseen, joten luotettavuus heikentyi. Länsimaisia tutkimuksia olisi ehkä löytynyt aiheesta ja niitä olisi hyvin voinut hyödyntää pediatriassa hoidossa. Kirjallisuuskatsaukseen ei yhden henkilön toimesta mitenkään löytynyt kaikkea materiaalia aiheesta, mikä heikensi luotettavuutta. Tämä johtuu ajan, resurssin ja muiden kuin suomen- tai englanninkielen kielitaidon puutteesta. (Stolt ym. 2015, 37).

Luotettavuutta vahvisti kattava alkuperäistutkimuksista saatu tieto sekä yhteys alkuperäistutkimusten ja tutkimusongelmien välillä. Jokaisen valitun tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin erikseen. Luotettavuuden kannalta oli tärkeää, etteivät katsauksen tulokset ja johtopäätökset yliarvioineet alkuperäistutkimuksista saatua näyttöä. (Stolt ym. 2015, 28.)

Luotettavuuteen vaikutti alkuperäisten opinnäytetöiden ja tutkimusten luotettavuus ja kirjallisuuskatsauksen tekijän tulkinta niistä. Koska alkuperäistutkimuksia arvioi ja pohti vain yksi opiskelija, heikensi se osaltaan luotettavuutta. Raportointivaiheessa katsaus kirjoitettiin lopulliseen muotoon ja kaikki vaiheet kirjoitettiin mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus olisi toistettavissa ja sen luotettavuus pystyttäisiin arvioimaan jonkun muun tekemänä.

Opinnäytetyöhön valittavat aineistot olivat erilaisia ja eri maissa tutkittuja tutkimusartikleita tai pro-graduja. Tutkimukset olivat eri laatuista, eri menetelmillä ja erikokoisilla otoksilla tutkittuja, joten tulosten yleistettävyydestä ei voi olla täysin varma.

Demirin (2007) tutkimus oli todella laaja, mutta hoitotyössä esiintyvien huimien eroavaisuuksien Turkin ja Suomen välillä, kaikkia tutkimustietoja ei huomioitu tässä opinnäytetyössä. Muissa tutkimusmaissa on luultavasti suhteellisen samanlaiset hoitokäytännöt kuin Suomessa, joten niitä pystyi hyödyntämään varsin hyvin.

Tutkimusten otokset ovat laajat ja monipuoliset eli tutkimuksia tehtiin hoitotyöntekijöiden, lasten ja vanhempien näkökulmasta, joka lisää osaltaan yleistettävyyttä. Tutkimuksissa tutkittiin kiinnipitämistä kaikenikäisten lasten ja nuorten osalta, vaikka jotkut tutkimukset kohdistuivatkin maksimissaan leikki-ikäisiin tai kouluikäisiin lapsiin. Useita tutkimustuloksia toistui eri tutkimuksissa, jolloin saatiin varmennetta yleistettävyydestä, esimerkiksi lapsen iän vaikutus kiinnipitämistarpeeseen. Vaikka samasta näkökulmasta oli eri aineistossa tutkittu, tulokset eivät olleet eriäviä tai vastakkaisia vaan ne olivat yhdenmukaisia.

7.3 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa lapsen tai nuoren kiinnipitämisestä somaattisessa hoitotyössä. Aihe oli tärkeä, sillä jotkut eettisyysasiat ovat ikuisia ratkaisemattomia ongelmia. Lapsen kiinnipitäminen on aiheena mielenkiintoinen, eettisesti haasteellinen ja ajankohtainen jo useiden kymmenien vuosien ajalta. Pediatriassa hoidossa kiinnipitäminen on joissain tilanteissa välttämätöntä, joten oli tärkeää kerätä tähän aiheeseen liittyen mahdollisimman paljon näyttöön perustuvaa tietoa. Aihe on ajankohtainen hoitotyöntekijöille ympäri Suomea eri osastoilla, vastaanotoilla ja poliklinikoilla. Hoitotyöntekijöiden on tiedettävä hyvän kiinnipitämisen käytännöt ja toiminnot. Lapsen kehityksestä, peloista ja kivusta on kerrottu opinnäytetyössä, sillä näillä on iso merkitys lasten

hoidossa ja johtavat usein kiinnipitämiseen somaattisessa hoidossa. Lapsen kipuja ja pelkoja vähentämällä myös kiinnipitämisen tarve voi vähentyä.

Tulosten perusteella kiinnipitämistä tapahtuu melkein päivittäin lasten somaattisessa hoidossa. Lapsi tai nuori voi tarvita kiinnipitämistä hänen iästään, kehityksestään, peloista, tilanteesta tai ympäristöstään riippuen. Pienempiä lapsia tarvitsee kiinnipittää useammin ja pistämistilanteissa kiinnipittäminen on myös yleisempää. Vanhempien läsnä ollessa hoitajat voivat mahdollisesti siirtää lapsen kiinnipitämisvastuun vanhemmalle. Myös kuvantamistutkimuksissa ja perushoidossa (kuten pesu, ruokailu, haavanhoito) kiinnipittäminen voi tulla tarpeeseen. Lääkintäkin saattaa olla hankalaa ja apuna täytyy käyttää kiinnipitämistä; lääkemuodolla ei ole vaikutusta kiinnipitämisen tarpeeseen. Intimiteettisuojausrikkominen voi myös johtaa lapsen tai nuoren kiinnipitämiseen. Somaattisessa hoidossa olevalla lapsella tai nuorella voi olla lisäksi taustalla psykologisia vaikeuksia, kehityshäiriöitä tai huumausaineiden käyttöä, jolloin hänen hoitonsa monimutkaistuu ja hoitoon tulee useampia ulottuvuuksia. Jalkansa murtaneella lapsella voi olla taustalla esimerkiksi autismi, jolloin hänen hoitonsa ei ole yhtä mustavalkoista ja yksinkertaista.

Kiinnipitämisprosessi koostuu useammasta osasta. Ensin täytyy tunnistaa mahdollinen kiinnipitämistilanne, sitten käyttää ehkäiseviä menetelmiä, tunnistaa eri rajaamismuotoja ja sitten vasta toteutetaan kiinnipitämistä sekä lopuksi suoritetaan rajaamisen jälkeiset toimet. Vauvan kiinnipittäminen on hellävaraista ja isomman lapsen tai nuoren kiinnipitämiseen täytyy käyttää enemmän fyysistä voimaa. Kiinnipitämistä on tärkeää perustella ja sen toteutuksesta kertoa vanhemmille. Samalla kun kiinnipidetään lasta, häntä yritetään myös lohduttaa ja siirtää hänen huomionsa johonkin muuhun. Kiinnipitämistilanne voi tarvita useamman hoitotyöntekijän. Kiinnipittäminen voi olla kokonaisvaltaista eli lapsen koko vartalon liikkumattomaksi saamista, mutta usein riittää jonkun raajan tai raajojen kiinnipittäminen. Lapsen asento on huomioitava myös kiinnipitämistilanteessa. Pysty- tai istuma-asento tuo lapselle enemmän turvallisuuden tunnetta kuin makuuasento, josta hän ei näe muuta kuin katon. Myös syli tuo enemmän turvaa kuin yksin tuolilla tai pöydällä istuminen. Vanhempien kiinnipitäessä lastaan, heitä on ohjattava yksityiskohtaisesti. Kiinnipitämistilanne suoritetaan mahdollisimman nopeasti ja turvallisista ja luotettavista otteista. Jälkipuhti lapsen tai nuoren kiinnipitämisen jälkeen on todella tärkeää, mutta etenkin nuorten kanssa sitä ei aina toteudu. Kirjaamisessa on paljon parannettavaa, sillä tapahtunutta kiinnipitämisestä ei yleensä kirjata.

Kiinnipitämisen hyöty somaattisessa hoidossa on se, että välttämätön hoito, tutkimus tai toimenpide saadaan turvallisesti ja onnistuneesti suoritettua. Lapselle kiinnipittäminen voi

aiheuttaa suurta stressiä ja kontrollin menettämisen tunnetta. Hoitajassa kiinnipitäminen aiheuttaa ristiriitaisia tunteita; toisaalta hän on stressaantunut, mutta toisaalta hän voi iloita potilaan auttamisesta. Kiinnipitäminen voi olla hoitajalle sekä fyysisesti että emotionaalisesti uuvuttavaa. Kiinnipitämistilanteessa kiinnipitäjä tai kiinnipidettävä voi loukkaantua myös fyysisesti. Vanhemmista lasten kiinnipitämistilanteet ovat haastavia, sillä heille voi tulla avuton olo tai he ajattelevat etteivät kiinnipitäjät tehneet parastaan estääkseen kiinnipitämisen tarvetta.

Kiinnipitäminen on erityisen tärkeä metodi saamaan lapsi liikkumattomaksi, mutta hyödyt ja haitat tulee aina punnita. Kiinnipitämisen haittana voi olla stressitilan aiheutuminen lapselle ja se voi ilmetä lapsella kuukausienkin ajan kestävinä unihäiriöinä, painajaisunina, yökastelun lisääntymisenä, kiukunpuuskina ja vieraiden ihmisten pelkona. Kiinnipitäminen voi myös jättää lapselle traumat ja sairaalapelon. Lapsen kasvaessa hän ei ehkä sairaalapelon vuoksi uskalla mennä lääkärin luokse, vaikka kyseessä olisikin jokin vakava vaiva. Kiinnipitämisellä voi olla negatiivisia seurauksia myös kiinnipidettävän vanhemmille ja kiinnipitämistä suorittaville hoitotyöntekijöille.

Erityisesti suuremmille lapsille ja nuorille sedatointi on suositeltavaa, sillä siitä ei jää potilaalle henkisiä seuraamuksia. Sedaation käyttö pienemmille lapsille on vaikeampaa, jolloin kiinnipitäminen tulee tarpeeseen. Kiinnipitämisen apuna voi käyttää fyysistä rajaimista eli esimerkiksi sitomista tai kapaloimista. Sitominen on tehokas keino estää lapsi irrottamasta kanyyli- tai nenä-mahaletkuaan.

Kiinnipitämisen aikana lasta ja nuorta on yritettävä lohduttaa ja ylläpitää vuorovaikutusta hänen kanssaan. Kiinnipitämisestä on tehtävä lapselle mahdollisimman turvallinen ja otteiden on oltava varmoja niiden olematta kuitenkaan liian tiukkoja ja satuttavia. Kiinnipitämisen ollessa onnistunut, se voi jopa tuoda turvallisuuden tunnetta lapselle. Vanhemman sylissä istuminen tuo myös lapselle turvaa, sillä hän näkee paremmin ympärillensä ja on tutussa ja luotettavassa sylissä.

Lapsen ja nuoren on annettava tuoda esille tunteensa ja käydä niitä läpi. Heille on annettava aikaa tunteidensa selvittelyyn ja selitettävä, että hän saa pelätä sekä jännittää jotain asiaa ja saa itkeäkin. Kiinnipitämisen aikana lapsi saattaa reagoida millä tavalla tahansa eikä sitä kannata hoitotyöntekijän ottaa henkilökohtaisesti. Lapsen ja nuoren kanssa on erityisen tärkeää myös jälkikäteen käydä asioita läpi johdattelematta keskus-

telua mihinkään suuntaan. Lapselle ei saa esimerkiksi sanoa lapsen läpikäymän toimenpiteen olleen kurjaa, vaan pitää kysyä, että millaista se oli. Apuna voi käyttää satua, nukeilla leikkimistä tai laulamista.

Jatkossa on hyvä tutkia lapsen tai nuoren somaattisessa hoidossa käytettäviä hyviä kiinnipitämisotteita, joista voisi tehdä kuvallisen oppaan. On erittäin tärkeää saada enemmän tietoa siitä, mitä pitkäaikaisia vaikutuksia kiinnipitämisellä voi olla lapselle tai nuorelle.

Lasten kanssa työskentelevät hoitoalan työntekijät ja opiskelijat voivat hyödyntää opinnäytetyöstä saatavaa informaatiota. Opinnäytetyötä voi hyödyntää sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotolla, erilaisilla osastoilla, esimerkiksi pediatriisella osastolla, teho-osastolla tai päivystyksessä, sillä heille tulee vastaan lapsiasiakkaita tai -potilaita. Työ on hyödynnettävissä myös lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajaopinnoissa lasten ja nuorten kiinnipitämiseen liittyen tai työpaikkakohtaisissa koulutuksissa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella kiinnipitämisen hyötynä on, että välttämättömän hoito, tutkimus tai toimenpide saadaan turvallisesti ja onnistuneesti suoritettua. Kiinnipitäminen on yleistä perushoidon, lääkinnän, intymiteettisuojan rikkoutumisen, pistämistilanteiden ja kuvantamistutkimusten aikana. Kiinnipitäminen voi tarkoittaa lapsen koko kehon liikkumattomaksi saamista tai vain raajan/raajojen liikkumattomuutta. Lapsen tai nuoren kiinnipitäminen riippuu hänen iästään, kehityksestä, peloista, tilanteesta tai ympäristöstä. Pienempiä lapsia täytyy pitää kiinni useammin.
2. Kiinnipitäminen on prosessinomaista, vaikkei se olekaan suunniteltua ajanpuutteen vuoksi. Kiinnipitämisprosessissa tulee tunnistaa mahdollinen kiinnipitämistilanne, käyttää ehkäiseviä menetelmiä, tunnistaa eri rajaamismuodot, toteuttaa kiinnipitämistä ja suorittaa kiinnipitämisen jälkeiset toimet.
3. Vanhempien informointi ja ohjaus kiinnipitämistilanteissa sekä kiinnipitämisen tarpeellisuuden perusteleminen ovat erittäin tärkeitä.
4. Kiinnipitämisen aikana lasta täytyy samalla yrittää lohduttaa ja siirtää hänen huomionsa johonkin muuhun. Lapsen on parempi olla pystyasennossa ja aikuisen sylissä kuin makuulla sängyllä tai pöydällä. Kiinnipitäminen täytyy suorittaa mahdollisimman nopeasti sekä turvallisista ja luotettavista otteista. Kiinnipitäjän fyysisen voiman käytön tarve suurenee mitä vanhemmasta kiinnipidettävästä on kyse. Kiinnipitämistilanne voi vaatia useamman hoitotyöntekijän.
5. Kiinnipitäminen voi aiheuttaa lapselle tai nuorelle suurta stressiä ja kontrollin menettämisen tunnetta. Hoitajalle kiinnipitäminen on fyysisesti ja emotionaalisesti uuvuttavaa. Kiinnipitäjä tai kiinnipidettävä voi loukkaantua fyysisesti kiinnipitämistilanteesta. Vanhemmille kiinnipitämistilanteet ovat haastavia, sillä heille voi tulla avuton olo tai he ajattelevat, etteivät kiinnipitäjät tehneet parhaansa kiinnipitämisen estämiseksi.
6. Jälkipuinti ja kirjaaminen eivät toteudu Suomessa kaikkien kiinnipitämistilanteiden jälkeen.

LÄHTEET

Aalberg V & Siimes M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Nemo.

Berglund, I.G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. 2013, "Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety", *Nursing Children & Young People*, vol. 25, no. 1, pp. 28-34 7p.

Bray, L., Carter, B. & Snodin, J. 2016, "Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered", *Research in nursing & health*, vol. 39, no. 1, pp. 30-41 12p.

Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. 2015, "Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence", *Nursing inquiry*, vol. 22, no. 2, pp. 157-167.

Brenner, M. 2013, "A Need to Protect: Parents' Experiences of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure in Hospital", *Issues in comprehensive pediatric nursing*, vol. 36, no. 1, pp. 5-16 12p.

Brenner, M., Drennan, J., Treacy, M.P. & Fealy, G.M. 2015, "An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, no. 9, pp. 1189-1198 10p.

Crellin, D., Babl, F.E., Sullivan, T.P., Cheng, J., O'Sullivan, R. & Hutchinson, A. 2011, "Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children", *Pediatric emergency care*, vol. 27, no. 7, pp. 622-627 6p.

Demir, A. 2007, "The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey", *International nursing review*, vol. 54, no. 4, pp. 367-374 8p.

Hermanson, E. 2010. Nuoren kohtaaminen. Viitattu 17.4.2016. <http://www.oppi-portti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/Ita00001>

Homer J, Bass S. 2010. Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthetists. *Paediatr Anaesth*, vol. 20, no. 7, pp. 638-646 9p.

Hoppu, K. 2010. Lasten lääkehoidon erityispiirteitä. Viitattu 17.4.2016. <http://www.oppi-portti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/Ita00001>

Ives, M. & Melrose, S. 2010, "Immunizing children who fear and resist needles: is it a problem for nurses?", *Nursing forum*, vol. 45, no. 1, pp. 29-39 11p.

Jeffery, K. 2010, "Supportive holding or restraint: terminology and practice", *Paediatric nursing*, vol. 22, no. 6, pp. 24-28 5p.

Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. 2014, "Nurses' Perceptions of the Use of Restraint in Pediatric Somatic Care", *Nursing ethics*, vol. 21, no. 5, pp. 608-620.

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Dalheim Englund, A. 2014, "Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures", *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, vol. 9, pp. 1-11 11p.

Keituri, T & Laine, R. 2012. Lapsen valmistaminen näytteenottoon ja toimenpiteeseen. Viitattu 22.1.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03102&p_haku=lapsi

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki. Sanoma Pro

Lewis I, Burke C, Voepel-Lewis T, Tait A. 2007. Children who refuse anesthesia or sedation: a survey of anesthesiologists. *Paediatr Anaesth*, vol. 17, no. 12, pp. 1134-1142 9p.

Lloyd, M., Law, G.U., Heard, A. & Kroese, B. 2008, "When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures", *Paediatric nursing*, vol. 20, no. 4, pp. 29-34 6p.

Mertsola, J & Renko, M & Heikinheimo, M. 2016. Lastentaudit. Viitattu 22.4.2016. www.oppiportti.fi

Page, A., McDonnell, A., Gayson, C., Moss, F., Mohammed, N., Smith, C. & Vanes, N. 2015, "Clinical holding with children who display behaviours that challenge", *British Journal of Nursing*, vol. 24, no. 21, pp. 1086-1093 6p.

Papinaho, O. 2010, *Pakon käyttö lasten ja nuorten hoitotyössä hoitajien kuvaamana*, Oulu]: Oulun yliopisto, hoitotiede.

Pouttu, J. 2016. Lastentaudit. Viitattu 22.4.2016. www.oppiportti.fi

Puustinen, M-L. 2013. Lapsen anatomiset ja fysiologiset erityispiirteet. Viitattu 17.4.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00409&p_haku=lapsi

Sparks, L.A., Setlik, J. & Luhman, J. 2007, "Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial", *Journal of pediatric nursing*, vol. 22, no. 6, pp. 440-447 8p.

Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. 2015, "Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study", *BMC Pediatrics*, vol. 15, pp. 1-9 9p.

Stolt, M. & Axelin, A & Suhonen, R (toim.) 2015. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*, Turun Yliopisto, Turku.

Storvik-Sydänmaa, S & Talvensaari, H & Kaisvuori, T & Uotila, N. 2013. *Lapsen ja nuoren hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro OY.

Suomen Lääkäriliitto. 2013. *Lääkärin etiikka*. 7. painos. Helsinki. Suomen Lääkäriliitto

Toivanen, S. 2011. *Simulaatio opetusmenetelmänä hoitotyön täydennyskoulutuksessa – ryhmähaastattelu psykiatrisille sairaanhoitajille*. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 16.2.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset. Viitattu 16.2.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/htk-loukkaukset>

Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri. 2015. Lasten ja nuorten klinikka. Viitattu 24.1.2016 <http://www.vssh.fi/fi/toimipaikat/tyks/to8/Sivut/default.aspx#horisontaali1>

Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri. 2014. Lasten tehohoito. Viitattu 4.4.2016. <http://www.vssh.fi/fi/toimipaikat/tyks/to8/to8w/Sivut/default.aspx>

Whittemore, R. 2005, "Combining evidence in nursing research: methods and implications", *Nursing Research*, vol. 54, no. 1, pp. 54-62.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Kokotekstin perusteella valittu
PubMed (MEDLINE)	Restraint, Child	2063	15	6	1
PubMed (MEDLINE)	Immobilization, Child	3555	18	4	3
PubMed (MEDLINE)	Physical holding, child	309	12	2	0
Cinahl (EBSCO)	Holding AND Child	472	11	3	1
Cinahl (EBSCO)	Restraint AND child	923	36	19	6
Medic	Liikkuvuuden rajoittaminen	61	5	2	1
Manuaalinen haku			5	4	1

Tutkimustaulukko

Tekijä, Vuosi, Maa,	Tarkoitus, Menetelmä, Otos	Tulokset
Berglund ym. Ruotsi 2013	Tutkia anestesiahoitajien kokemuksia ja toimintaa hoitessa anestesiaa tarvitsevaa lasta. Haastattelu, n=32.	Hoitajien kokemukset vaikuttivat lopputulokseen lapsen kannalta. Anestesiahoitajien ensimmäinen prioriteetti oli luoda optimaalinen ympäristö ja lisätä herkkyyttä lasten väliseen vuorovaikutukseen.
Bray ym. Iso-Britannia 2016	Kuvailla mitä tapahtuu kiinnipitämisen aikana ja mikä vaikuttaa sen käyttöön. Seurantatutkimus, n=31 ja haastattelu n=47.	Haastateltavina oli 22 ammattilaista, 21 vanhempaa ja neljä lasta. Ammattilaisten pitää olla tarkkana ylittävätkö he rajoja aloittaessaan tai jatkaessaan hoidollista toimintoa lapsen ollessa ahdistunut. Ammattilaisten täytyy tukea lapsen ja vanhempien valmistautumista ja sitoutumista ennen, aikana ja jälkeen kliinisten toimintojen.
Brenner Irlanti 2013	Kuvailla vanhempien kokemuksia lapsensa kiinnipitämisestä kliinistä toimintoa varten. Haastattelu, n=7.	Monista vanhemmista tuntui epämurkavalta, kun heidän lasta kiinnipidettiin kliinisen toiminnon aikana; tämä johtui heidän kokemastaan riskiä tunteesta tai joidenkin ammattilaisten mitäänsanomattomasta asenteesta heidän lasta kohti. Vanhemmat tunnustivat tarpeen enemmän informaatiolle toimintojen aikana, mukaan lukien tieto mahdollisista yrityskerroista ja täsmälliset ohjeet oikeaan asentoon saamisen tekniikoista tehostaakseen tarkoituksenmukaisen ja turvallisen lapsen hoidon.
Brenner ym. Iso-Britannia/Irlanti 2015	Tunnistaa ja raportoida enusmerkit lapsen kiinnipitämiselle sairaalassa kliinisten toimintojen aikana. Kysely, n=105.	Hoitajat kiinnipitävät lasta todennäköisemmin, jos he ovat saaneet siihen koulutuksen, ei leikkiterapeuttia paikalla, lasta kanyloidaan tai lapsi on alle 5-vuotias.
Crellin ym. Australia 2011	Kuvailla rajaamisen käyttöä ja laajuutta neljässä yleisessä toimenpiteessä. Seurantatutkimus, n=124.	Ensimmäisistä yrityksistä 82 % olivat onnistuneita. Fyysinen rajaaminen oli käytössä 72 % lapsista. Kaikille kanyloitaville ja nenämahaletkun saaneille, 64 % inhalaatiota tarvitseville ja 18 % happisaturaatiota mitattaville lapsille suoritettiin kiinnipitämistä. 79 % nenämahaletkun saaneille ja 16 % kanyloitaville lapsille täytyi käyttää keskinkertaista

		tai voimakasta kiinnipitämistä. Kaiken kaikkiaan 87 % 6-18-kuukautisista, 68 % 1.5–2.5-vuotiaista ja 57 % 2.5–3.5- vuotiaista lapsista tarvitsivat kiinnipitämistä.
Demir Turkki 2007	Tutkia pediatrien hoitajien ideoita ja asenteita kiinnipitämistä kohtaan Turkissa, tarvittavia suostumuksia, lastenosastoilla käytettäviä fyysisen rajauksen muotoja ja rajatuille lapsille muodostuvia komplikaatioita. Haastattelu, n=121.	Hoitajista 66.9 % raportoivat hoitajapulan olevan suurin syy fyysisen rajaamisen lisääntymiselle, 58.7 % hoitajista kokeili vaihtoehtoisia metodeja, ja 71.1 % ilmaisi ettei rajaamiseen tarvita kirjallista määräystä. Fyysinen rajaaminen väheni äidin ollessa lapsensa mukana ja lisääntyi kokemattoman hoitajan ollessa vastuussa. Ranne (96,7%), nilkka (81%) ja kokovartalo (17,4%) rajaukset olivat käytössä. Kukaan hoitajista ei ollut saanut suullista tai kirjallista suostumusta lapselta tai huoltajalta ja 96.7 % hoitajista käytti rajausta ilman lääkärin suullista tai kirjallista määräystä. Vastaajista 24.8 % raportoi fyysisen rajaamisen aiheuttaneen lapselle erilaisia komplikaatioita, esimerkiksi ödeemaa, syanoosia kädessä tai nilkassa, ruokahalun puutetta ja levottomuutta.
Homer & Bass Iso-Britannia/Irlanti 2010	Havaita onko Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland (APA) jäsenillä yhteisymmärrystä koskien fyysisen rajaamisen käyttöä ja hyväksymistä. Internetkysely, n=310.	Fyysisen rajaamisen käyttö vähenee lapsen kasvaessa. Lapsen huomion saaminen pois hoidosta on yleisin käytettävä vaihtoehto alle 6-vuotiaalle ja rauhoittavien käyttäminen lisääntyy lapsen iän kanssa. Toimenpiteen kiireellisuuden, kehityshäiriöiden ja leikkausta edeltävällä keskustelulla on merkitystä. Kommentit osoittivat laajan vaihteluvälin näkemyksistä ja yhteisymmärryksen puutteen siitä mitä kiinnipittäminen on ja minkä asteinen, jos lainkaan, on hyväksyttävää.
Ives & Melrose Kanada 2010	Tutkia hoitajien tunteita neulaa vastustavia lapsia kohtaan. Kysely, n=35.	Hoitajat kokevat stressiä yrittäessään saada neulaa pelkäävää ja vastustavaa lasta liikkumattomaksi.
Kangasniemi ym. Suomi 2013	Kuvata hoitajien havaintokykä kiinnipitämisen suorittamiseen lasten somaattisessa hoidossa. Haastattelu, n=8.	Kiinnipittäminen tarkoittaa asioiden tekemistä silloinkin kun lapsi ei ole halukas. Kiinnipitämistä lastenhoidossa tapahtuu päivittäin ja siihen osallistuu useita ammattilaisia. Lasten kiinnipittäminen on prosessinomaista, mutta ilman aikaisempaa suunnittelua. Prosessiin kuuluu (a) mahdollisen kiinnipitämistilanteen tunnistaminen, (b) ehkäisevien menetelmien käyttäminen, (c) eri rajaamismuotojen tunnistaminen, (d) rajaamisen säännöstely ja (e) rajaamisen jälkeiset toimet.

Karlsson ym. Ruotsi 2014	Kuvailla kokemuksia lapsen tukemisesta pistämistilanteissa hoitajien näkökulmasta. Haastattelu, n=14.	Lapsen tukeminen pistämistilanteissa perustuu hoitajien tahtoon kohdata lapsi hänen omassa maailmassa ja nähdä vaivaa päästääkseen lapsen ymmärrystasoon. Tämä onnistuu suhteen muodostuessa hoitajan ja potilaan välillä keskustelujen kautta, ymmärtämällä kehollisia viestejä, tasapainottamalla tahdikkuuden ja kiinnipitämisen välillä, olemalla lapsen puolesta puhuja, sovittelemalla aikaa ja ylläpitämällä uskoa.
Lewis ym. USA 2007	Kuvata peruuttamisen yksityiskohtia ja lapsen kieltäytyessä tilanteen hallintaa. Tutkia fyysisen rajoittamisen käyttöä anestesiaa annettaessa ja ennen sitä sekä fyysiseen rajaukseen kohdistuvia asenteita. Kysely, n=453.	45 % vastanneista anestesia- ja lääkehoitoa on perunut ainakin kerran uransa aikana toimenpiteen lapsen kieltäytymisen vuoksi. 44 % käyttävät fyysistä rajaamista suurimmalle osalle alle yksivuotiaille lapsille, kun taas vain kaksi prosenttia rajasi yli 11-vuotiaita. Keskimäärin 12-vuotiaan kieltäytymistä toimenpiteeseen alettiin kunnioittaa.
Lloyd ym. Iso-Britannia 2008	Tutkia hoitajien kokemuksia helpottaa kajoavia toimenpiteitä lapsille, jotka eivät niitä halua. Haastattelu, n=10.	Yleisin hoitajien kokemus oli harmistunut tai stressaantunut, koska lapsi tai vanhemmat olivat harmissaan, tai toimenpide oli jollain lailla mennyt pieleen.
Page ym. Iso-Britannia 2015	Tutkii klinisen kiinnipitämisen tekniikoita haastavasti käyttäytyvälle lapselle. Haastattelu, n=13.	Yhdistävät kiinnipitämisen aiheet ovat hoitajan rooli, luontaiset ja ulkoiset tekijät.
Papinaho. Suomi 2010	Kuvata hoitajien kuvaamana pakon käyttöä ja esiintyvyyttä lasten ja nuorten somaattisessa hoitotyössä. Haastattelu, n=8.	Hoitajat tunnistavat työssään erilaisia pakon käytön muotoja. Fyysinen tai henkinen pakon käyttö on välttämätön osa lasten ja nuorten hoitotyössä sekä onnistumisen edellytys.
Sparks ym. USA 2007	Havainnoida kumpi asento on parempi 9-kuukautisten-4-vuotiaiden perifeeriselle kanyloinnille, vanhemman sylissä pystyasennossa tai	Ahdistustulokset olivat huomattavasti matalammat lapsen ollessa pystyasennossa; vanhemmat olivat tyytyväisempiä, ja pystyasento ei vaikuttanut merkittävästi kanylointikertojen tarpeeseen. Pystyasento vaikuttaa olevan tehokas tapa vähentää lapsessa IV-ahdistusta.

	<p>maaten selällään tutkimus-pöydällä.</p> <p>Seurantatutkimus, n=118.</p>	
<p>Svendsen ym.</p> <p>Ruotsi</p> <p>2015</p>	<p>Tutkia leikki-ikäisten lasten vastustavia ilmauksia perifeerisen kanyloinnin aikana, jolloin he olisivat voineet olla kiinnipitämisen kohteena.</p> <p>Seurantatutkimus, n= 6.</p>	<p>Kanylointiyrityksiä oli 14. Tyypilliset vastustavat ilmaukset olivat: protesti, karkaaminen ja sietäminen. Protestoinnin aikana lapset näyttivät hellimättömästi asennetta jossa he ylläpitivät oman kantansa. Karkaa-mis-ilmaisun aikana lapset panikoivat vältellen aikuisen kosketusta. Sietämisen aikana lapset olivat jäykkiä, liikkumattomia ja sulkeutu-neita (sisäänpäin kääntyneitä). Kiinnipitämistä tarvitaan vähemmän sietämisen aikana, mutta lapset kuitenkin kieltäytyvän osallistumasta.</p>

Tutkimuslupahakemus

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 / 3

Tällä lomakkeella haetaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupaa. Jos kyseessä on rekisteritutkimus tai aikaisemmin kerättyistä näytteistä tehtävä tutkimus käytetään lomaketta YHT 52a.

TurkuCRC täyttää

Lupapäätösnumero TOS/008/16	Lupa myönnetty ajalle 2016	Tutkimuksen projektinnumero —
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

1. Tutkimusnumero

T55/2016

(Esim. T1/2015)

☒ Uusi tutkimus☐ Muutos vanhaan tutkimuslupaan. Mitä muutos koskee?

2. Tutkimuksen nimi

Lapsen kiinnipitäminen sairaalassa

Tutkimuksen lyhenne/koodi (pakollinen tieto)

☐ Tutkijalähtöinen tutkimus☒ Toimeksiantajalähtöinen tutkimus, toimeksiantaja

VSSHPI, Tyks, Lasten klinikka

3. VSSHPI:n vastuullinen tutkija

(Nimi, toimialue, sähköposti, puhelinnumero)

Maika Kummel, maika.kummel@turkuamk.fi
~~010~~ 040 3550 444

Yhteyshenkilö

(Nimi, sähköposti, puhelinnumero)

Wiveka Kauppila

wiveka.kauppila@tyks.fi

Sirke Boucht

sirke.boucht@tyks.fi

4. Tutkimuksen aikataulu vuosina (lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)

2016 - 2016

5a. Tutkittavien arvioitu lukumäärä VSSHPI:ssä

0

5b. Normaalihoitoon kuulumattomien tutkimuskäyntien lukumäärä/tutkittava

0

6. Sisäiset ostopalvelut

☐ Tykslab☐ Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus☐ Patologia☐ VS lääkehuolto☐ Kliininen neurofysiologia☐ Tyks mikrobiologia ja genetiikka☐ Kliininen fysiologia☐ PET-keskus☐ Kliininen tietopalvelu☐ muu, mikä

YHT 50a VSSHPI 10.2015

VARSINAIS-SUOMEN **SAIRAANHOITOPIIRI**

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2 / 3

7. Kustannukset

- ☐ Kustannukset katetaan jo olemassa olevalta projektinumerolta _____ (esim. 17065 tai 13705).
☐ Tutkimukselle perustetaan uusi projektinnumero.
☒ Ei tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia, jotka laskutettaisiin VSSH:n projektinumeron kautta

8. Lyhyt selvitys toimialueen resurssien käytöstä (tarvittaessa liitteenä)

- ☐ Käytetään VSSH:n tiloja tai laitteita. Mitä ja kenen kanssa asiasta on sovittu?
☒ Tarvitaan tutkimukseen kuulumattoman henkilökunnan (esim. sihteerien) työpanosta.
☐ Käytetään VSSH:n muita resursseja.

Lisää selvitys kaikista valituista kohdista.

Käynnistyspalaveri on pidetty lastenlinikalla ja
 YH Wiveka Kauppila on allekirjoittanut toimeksiantosopimuksen.

9. Muut tutkimukseen osallistuvat tutkijat (Nimi, toimialue)

10. Opinnäytetyön tai väitöskirjan suorittaja (Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero)

Mujde Osman, 045 8030309
 mujde.osman@edu.turunamk.fi
 Ohjaajat
 Maika Kummel

11. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ala

- ☐ lääketiede, erikoisala:
☐ hammaslääketiede
☒ hoitotiede/hoitotyö, Valitse painopistealue
☒ olen ollut yhteydessä yksiköihin, jossa aion opinnäytetyön suorittaa
☐ muu, mikä

12. Onko tutkimus rekisteröity julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov)?

- ☐ Kyllä, NCTnumero _____
☒ Ei, miksi? ☒ kyseessä ei ole interventiotutkimus
☐ muu syy, mikä

LIITTEET

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kustannuserittely (valmis excel-pohja tai vapaamuotoinen)
<input checked="" type="checkbox"/> tutkimussuunnitelma tai sen yhteenvedo
<input type="checkbox"/> sisäiset ostopalvelusopimukset
<input type="checkbox"/> tutkimussopimus ja/tai muu rahoituspäätos
<input type="checkbox"/> eettisen toimikunnan puoltava lausunto
<input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus | <input type="checkbox"/> Valviran lupa
<input type="checkbox"/> THL:n lupa
<input type="checkbox"/> Muu viranomaisen, mikä
<input type="checkbox"/> tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste |
|---|--|

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3 / 3

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Allekirjoituksellani sitoudun noudattamaan VSSHP:n terveystieteellisen tutkimuksen ohjeistoa (www.turkucrc.fi) sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Mahdolliset epäilyt hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta käsitellään noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (www.tenk.fi).

Päiväys: *Turussa 19.2.2016*

Allekirjoitus: *Maika Kummel*

Nimenselvennys: *MAIKA KUMMEL*

Virka/toimi: *LEHTORI*

Lomake toimitetaan liitteineen TurkuCRC:hen (rakennus 9, 2 kerros)

TurkuCRC toimittaa lomakkeen puollettavaksi ja hyväksyttäväksi. Saatte lupapäätöksen sähköpostiinne.

Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen TUTKIMUKSEN JA OPETUKSEN VASTUUHENKILÖN PUOLTO

Päätösnumero:

Päiväys: *11.3.2016*

Allekirjoitus: *[Signature]*

Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen johtajan päätös tai johtajaylilääkärin päätös, VSSHP:n tutkimuslupa

Päätösnumero:

Päiväys: *14.3.2016*

Allekirjoitus: *[Signature]*

Nimenselvennys:

[Signature]
TURUN YLIOPISTOLLINEN
KESSUSSAIRAALA
LASTEN JA NUORTEN KLINIIKKA
WIVEKA KAUPPILA
TOIMIALUEYLIHOITAJA

14.3.2016
[Signature]
Jussi Mertsola
ylilääkäri, professori
toimialuejohtaja
Tyks/ Lasten ja nuorten klinikka

Jakelu:

- ☐ vastuullinen tutkija
- ☐ tutkimuksen puoltanut tutkimuksen ja opetuksen vastuuhenkilö
- ☐ tarjouksen antaneet palveluyksiköt
- ☐ taloushallinnon palvelukeskus
- ☐ yhteyshenkilö
- ☐